

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



**Avaliação das Necessidades de Formação em Medicina do
Adolescente dos Pediatras Portugueses - Dez anos depois**

Sérgio Rodrigo Martins de Jesus das Neves

Orientadora: Professora Doutora Helena Regalo Fonseca

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de mestre em Saúde
do Adolescente**

2016

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



**Avaliação das Necessidades de Formação em Medicina do
Adolescente dos Pediatras Portugueses - Dez anos depois**

Autor: Sérgio Rodrigo Martins de Jesus das Neves

Orientadora de mestrado: Professora Doutora Helena Regalo Fonseca

**Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de mestre em Saúde
do Adolescente**

2016

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização desta tese

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de Abril de 2016

Prefácio e agradecimentos

A elaboração deste trabalho surge no seguimento da minha atividade clínica e científica na área da Medicina do Adolescente. O meu interesse pelos adolescentes despertou no internato médico da especialidade de Pediatria no Hospital de Viseu. Na altura, integrei a equipa multidisciplinar de adolescência coordenada pelo Dr. Carlos Figueiredo e, mais tarde, pela Dr.^a Alzira Silveira, com quem cresci profissional e pessoalmente. Em 2011, criei a consulta de adolescentes no Hospital do Barreiro, da qual ainda sou responsável. Neste período, considerei o aprofundamento científico e pedagógico na área, com a inscrição no mestrado de Saúde do Adolescente em 2011/2012. O ano curricular foi de uma profunda riqueza pedagógica e pessoal, tendo adiado a elaboração da tese por motivos pessoais.

O tema da tese foi resultado de uma reflexão conjunta com a orientadora, num momento em que se equaciona a formação pré e pós graduada dos pediatras em Medicina do Adolescente. Colaborando no ensino pré e pós graduado da adolescência, no Hospital do Barreiro e no CHLN, tive oportunidade de observar o ganho em competências e aptidões dos alunos e internos de formação específica em Pediatria nesta área.

Dedico este trabalho a todos os adolescentes com quem trabalho, a todos os profissionais que têm contribuído para a promoção da saúde do adolescente em Portugal, em particular a Professora Doutora Helena Fonseca, à sua equipa multidisciplinar de Medicina do Adolescente do CHLN, à minha família e amigos, que constituem o meu suporte e referência, e, em particular, ao Pedro.

Agradeço, ainda, à Doutora Ana Prioste, psicóloga, pela sua amizade e apoio na avaliação estatística desta tese, e à Dr.^a Ana Rita Filipe, pelo apoio na elaboração da plataforma informática para o inquérito eletrónico.

Abreviaturas

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

FML – Faculdade de Medicina de Lisboa

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OM – Ordem dos Médicos

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice

	Págs.
Resumo	7
1. Introdução e contextualização da investigação	11
2. Metodologia da investigação	17
2.1 Desenho da investigação	17
2.2 Objetivos	18
2.3 Questões de Investigação	19
2.4 Instrumentos de recolha de dados	20
2.5 Procedimentos	22
2.6 Tratamento estatístico dos dados	23
3. Resultados da Investigação	24
4. Discussão	33
5. Conclusões e propostas de intervenção	37
6. Referências bibliográficas	39
7. Anexos	42

Anexo I – Declaração da orientadora de deferimento da orientação da tese

Anexo II – Carta de pedido de colaboração e Questionário eletrónico

Anexo III – Avaliação da Comissão de Ética do CHLN

Anexo IV – Cronograma das várias fases do estudo

Anexo V – Análise descritiva da avaliação das áreas gerais e específicas da Medicina do Adolescente

Resumo

O crescente desenvolvimento da Medicina do adolescente ao longo da última década a par do alargamento da idade pediátrica, tem levado ao aumento do número de adolescentes observados na prática clínica pelos pediatras portugueses. Contudo, como este aumento não se tem acompanhado de um aumento proporcional da formação pré e pós-graduada dos pediatras, o domínio das competências e aptidões específicas mantém-se deficitário.

Deste modo o presente estudo pretende explorar as necessidades formativas dos pediatras portugueses em Medicina do Adolescente e comparar as necessidades formativas actuais com as necessidades formativas identificadas num estudo realizado há cerca de dez anos.

Pretende-se, assim, contribuir para um enriquecimento do conhecimento sobre as lacunas formativas em Medicina do Adolescente no contexto nacional, com o objectivo de apoiar a concepção e o desenvolvimento de formações de acordo com as dificuldades percebidas pelos pediatras.

Para tal, desenvolveu-se um estudo exploratório com um desenho quantitativo transversal. Em dois momentos distintos, foi solicitado aos 1957 pediatras inscritos no Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos ($n = 1957$), para responderem a um questionário enviado através de uma plataforma eletrónica, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 14%, i.e., 274 pediatras ($n = 274$). Os dados foram analisados tendo em conta as características sociodemográficas da amostra; a experiência em Medicina do Adolescente; conhecimentos, competência e interesse na aquisição de formação em temas gerais e específicos da Medicina do Adolescente e percepção de constrangimentos associados ao avanço da Medicina do Adolescente em Portugal.

De acordo com os resultados obtidos, cerca de 50% dos pediatras não teve formação específica em Medicina do Adolescente. As principais barreiras ao atendimento a adolescentes prendem-se com a falta de treino e dificuldades na comunicação com o adolescente. Não se encontraram associações estatisticamente significativas entre género, faixas etárias ou tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista e as barreiras enunciadas. A entrevista clínica, as questões ético-legais, a patologia ginecológica, as perturbações na área da saúde mental (suicídio, depressão, perturbações do comportamento alimentar) e dos comportamentos (nomeadamente, na área da sexualidade, consumos e comportamentos de risco), foram as áreas onde os profissionais referiram menor competência/aptidão. Na avaliação da sua formação em Medicina do Adolescente durante o internato de formação específica em Pediatria, dois terços dos pediatras referiu não ter tido qualquer formação específica ou considerou-a como insuficiente. A avaliação efetuada dos atuais Internatos revelou-se sobreponível. Os resultados do presente estudo apontam para que, decorridos 10 anos sobre o primeiro estudo de avaliação das necessidades formativas em Medicina do Adolescente, mantêm-se as necessidades de formação específica dos atuais pediatras e internos. Existe, assim, uma necessidade urgente de reformular os programas pós-graduados no sentido de aumentar a percepção de auto-eficácia e a competência dos pediatras nas problemáticas mais frequentes da Medicina do Adolescente.

Palavras-chave: Medicina do Adolescente; adolescentes, educação médica

Abstract

In the last decade, the increasing development of the field of Adolescent Medicine together with the enlargement of the pediatric age, lead to an increasing number of adolescent patients seen by Portuguese pediatricians. However, because this process has not been coincident with a proportional increase in the pre and postgraduate training offer in Adolescent Medicine, the current self-assessed competencies in this domain, remain quite scarce.

This study aims to assess the training needs in Adolescent Medicine of the Portuguese pediatricians and compare the data obtained with those found in a similar survey about ten years ago. This knowledge may support the design and development of further training based on the real needs and difficulties perceived by the pediatricians.

Therefore, we developed an exploratory study with a cross-sectional quantitative design. At two different times, an electronic questionnaire was sent to the 1957 pediatricians (n = 1957) registered at the Pediatric Board of the Portuguese College of Physicians, with a response rate of 14% (n = 274). Data was analyzed taking into account the socio-demographic characteristics of the sample; past experience in Adolescent Medicine; self-assessed knowledge, skills and interest in acquiring further training in generic and specific topics of Adolescent Medicine, and perception of constraints associated with the advancement of Adolescent Medicine in Portugal.

About 50% of the pediatricians did not have any kind of specific training in Adolescent Medicine. The main perceived barriers in the care of adolescents were related to the lack of training and difficulties in communicating with adolescents. No statistically significant differences were found regarding gender, age or time elapsed since graduation in Pediatrics and the stated barriers. Self-assessed competencies in clinical

interview, ethical and legal issues, gynecological problems, mental health conditions (e.g. suicide, depression, eating disorders) and behaviors (e.g. sex, drugs and risky behaviors) rated low. Two-thirds of the pediatricians mentioned that they have had no/insufficient specific training in Adolescent Medicine during the Pediatric residency. The assessment made of the current pediatric residents proved to be overlapping. According to the results, the perceived training needs of the current Portuguese Pediatricians are similar to the ones found in a similar study conducted 10 years ago. There is an urgent need to reformulate the post-graduate curriculum and provide continuous education to Pediatricians in order to increase their perception of self-efficacy and competence regarding the most prevalent problems in the field of Adolescent Medicine.

Key words: Adolescent Medicine; adolescents, medical education.

1 Introdução e contextualização da investigação

A adolescência, enquanto etapa de desenvolvimento e maturação, decorre entre a infância e a idade adulta e é caracterizada por profundas transformações fisiológicas e psicossociais ¹. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) definiu adolescência como o período entre os 10 e os 19 anos ². O início da adolescência pode ser facilmente identificado pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários; contudo, o facto de o seu *terminus* estar associado à aquisição de autonomia e à formação da identidade, e de estas tarefas serem influenciadas por vários factores contextuais, torna a sua delimitação cronológica menos clara ¹.

A intervenção clínica na adolescência implica, necessariamente, uma visão sistémica, holística e integrativa, devendo ir para além da análise dos aspetos somáticos e abarcar as relações intra e interpessoais ³⁻⁵. Deste modo, a dinâmica interventiva deve cruzar várias áreas e saberes, como a Pediatria, Ginecologia, Saúde mental, Nutrição, Ética, Direito e Sociologia. Deve ter ainda em linha de conta o enquadramento e as características idiossincráticas do adolescente, o que implica um cuidado acrescido na condução da entrevista clínica, no sentido de a adequar às necessidades específicas ^{3,4,6}. A entrevista clínica, por permitir o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e reforçada pela confidencialidade, possibilita a colheita de informação clínica, constituindo também um meio de intervenção e terapêutica ^{5,6}. A competência e a aptidão para a condução da entrevista clínica são basilares na intervenção com adolescentes, devendo ser dominadas por todos os profissionais de saúde que trabalham com esta população ^{3,4,6,7}.

Os adolescentes têm sido claramente desfavorecidos nos cuidados de saúde tanto no contexto nacional, como internacional. De facto, os serviços de saúde apresentam-se

frequentemente desajustados e os profissionais de saúde pouco habilitados a prestarem cuidados diferenciados e de qualidade a esta população ⁸⁻¹³.

Comparativamente com as outras especialidades médicas, a Pediatria é a que tem maior proximidade e afinidade com os adolescentes, pelo seu conhecimento nas áreas do desenvolvimento, crescimento e maturação, e pela preparação na abordagem direta à família e à dinâmica familiar ⁸. Apesar disto, a nível hospitalar, os adolescentes estiveram até recentemente repartidos entre a Pediatria e os Serviços clínicos do adulto.

Em Portugal e de acordo com as diretrizes da Direção Geral dos Hospitais de Fevereiro de 1987, a idade pediátrica tinha o seu limite máximo situado nos 14 anos e 364 dias. A Circular Normativa n.º 9/DSI, de 6 de Outubro de 1992, revogada em 2005 pelo programa tipo de saúde infantil e juvenil da Direção Geral de Saúde, advogava a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança até aos 18 anos, contudo verificava-se uma grande assimetria na idade do atendimento pediátrico nos diferentes hospitais, com o limite etário a variar entre os 12 e os 18 anos ¹⁴.

Esta situação condicionou o contacto de muitos pediatras com adolescentes na prática clínica. A necessidade de aquisição de competências e aptidões em Medicina do adolescente fundamentava-se essencialmente no interesse individual do médico, em particular de alguns pediatras. Assim, surgem alguns profissionais em Portugal que introduzem a Medicina do adolescente, despertando nos seus pares a necessidade de formação específica e, a nível institucional, a adequação dos serviços a este grupo etário.

Um dos grandes marcos da Medicina do Adolescente foi a criação da Secção de Medicina do Adolescente da SPP em 2000. Foi esta secção que dinamizou os profissionais e sensibilizou os órgãos dirigentes para os cuidados de saúde qualificados em adolescência, em particular na Pediatria e nos Cuidados de Saúde Primários.

Tornaram-se claros os défices e as limitações da boa prática clínica nesta área em Portugal ⁸, realidade não muito diferente da de outros países europeus ¹⁵⁻¹⁸.

Nessa altura, países como EUA e o Canadá eram um exemplo da qualidade dos cuidados de saúde aos adolescentes e do impacto positivo que daí resultou em termos de saúde pública. Nesses e noutros países foram realizados estudos que indagaram as necessidades formativas dos profissionais de saúde, ajustando assim os programas de formação pré e pós graduada e adequando as estruturas das instituições de saúde aos adolescentes ^{10,19,20}.

Na generalidade, as questões relacionadas com a entrevista, confidencialidade, problemas ético-legais, saúde reprodutiva, saúde mental e doença crónica foram focos de intervenção junto dos profissionais de saúde ⁹⁻¹¹. Nesse espírito de inovação e de promoção de cuidados de excelência, alguns países criaram a subespecialidade de Medicina do Adolescente, com o propósito de existirem consultores/gestores de situações de maior complexidade ²¹.

Em Portugal, as problemáticas dos adolescentes estavam de facto insuficientemente valorizadas no sistema nacional de saúde, o que tinha repercussões negativas, quer em termos individuais quer em termos coletivos, e estava espelhado de forma patente, na discrepância verificada entre a melhoria estrondosa dos indicadores de mortalidade e morbilidade infantil e a manutenção dos indicadores de saúde na idade da adolescência.

Na tentativa de conhecer as necessidades formativas dos profissionais de saúde em Medicina do Adolescente surgiram vários estudos, em particular e pela primeira vez em Portugal, o trabalho de investigação da Professora Doutora Helena Fonseca ⁸.

Neste estudo, publicado em 2002, com base num questionário de auto-resposta a pediatras portugueses, sobre as competências e necessidades formativas no atendimento a adolescentes, verificou-se que existiam lacunas importantes na formação dos pediatras nesta área.

Posteriormente a este estudo, houve uma considerável evolução na Medicina do Adolescente em Portugal com a criação de formações específicas, por exemplo: (i) a Escola de Outono da Secção de Medicina do Adolescente da SPP (formação teórico-prática anual contemplando o treino em entrevista clínica, destinada particularmente a internos de pediatria); (ii) o projeto EUTEACH ^{14,19} (formação desenvolvida por um grupo europeu de especialistas em saúde do adolescente, incluindo portugueses, com uma escola de verão anual na Suíça); (iii) o Mestrado integrado em Saúde do adolescente da FML da Universidade de Lisboa, que formou desde 2010, 37 profissionais de diversas áreas (pediatras, ginecologistas, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas); e (iv) o Congresso Nacional de Medicina do Adolescente, organizado pela Secção de Medicina do Adolescente a cada 2 anos.

O dinamismo da Secção de Medicina do Adolescente foi amplamente reconhecido pela sua participação em grupos de trabalho nacionais e internacionais, o que justificou a evolução daquela secção para a atual Sociedade de Medicina do Adolescente, criada em 2014.

A nível pré-graduado surgiram, também, disciplinas e módulos de formação específicos de adolescência na FML.

A nível nacional, têm sido desenvolvidos estudos com o objetivo de influenciar as políticas de saúde neste grupo etário. No estudo da Professora Doutora Maria do Céu Machado sobre indicadores do plano nacional de saúde ²³, dá-se conta de uma evolução positiva em alguns indicadores, como sejam a gravidez na adolescência e a saúde oral,

mas também se identificam outros de evolução menos favorável, por exemplo, o consumo de álcool nos 13-14 anos, causas externas de mortalidade entre os 15-19 anos e incumprimento do exame global de saúde aos 11-13 anos.

A caracterização da população juvenil portuguesa tem ainda sido alvo, a cada 4 anos desde 1998, de uma análise detalhada no estudo nacional HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), realizado pelo projeto *Aventura Social*, coordenado pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos ²⁴, o qual integra mais de 40 países e avalia e monitoriza várias dimensões da saúde dos adolescentes, com particular ênfase para as dimensões comportamentais.

Finalmente, em Junho de 2010, por Despacho do Ministério da Saúde, o alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos nos Serviços de Pediatria (serviço de urgência, consulta externa e internamento) ¹⁴ torna-se realidade. Este despacho pretende dar cumprimento à Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das crianças e jovens, visando harmonizar o atendimento à criança e ao adolescente a nível dos cuidados de saúde.

Com esta determinação tornou-se evidente a necessidade formativa e de atualização dos profissionais de saúde, em particular, dos pediatras, bem como a adequação estrutural e funcional dos Serviços de Pediatria a nível hospitalar, consonante com as diretrizes da OMS ¹³.

Tendo por base todas estas mudanças nos cuidados de saúde aos adolescentes portugueses, surge a necessidade de uma avaliação atualizada das competências e aptidões dos pediatras, volvidos cerca de 10 anos sobre o primeiro estudo efetuado ⁸.

Como hipóteses de investigação, admitiu-se que no decurso da última década: (i) o número de adolescentes observados pelos pediatras portugueses tenha aumentado; (ii)

maior percepção das necessidades formativas dos pediatras em temáticas gerais e específicas da Medicina do Adolescente (nomeadamente: comportamentos, saúde reprodutiva e saúde mental); (iii) os especialistas mais jovens se considerem mais aptos nas temáticas da Medicina do Adolescente, não só pela sua maior proximidade em termos de grupo etário, mas também pelo alargamento do atendimento pediátrico até aos 18 anos que entretanto ocorreu; (iv) a formação pré e pós-graduada não foram uniformes nem suficientes.

2 Metodologia da investigação

2.1. Desenho da investigação

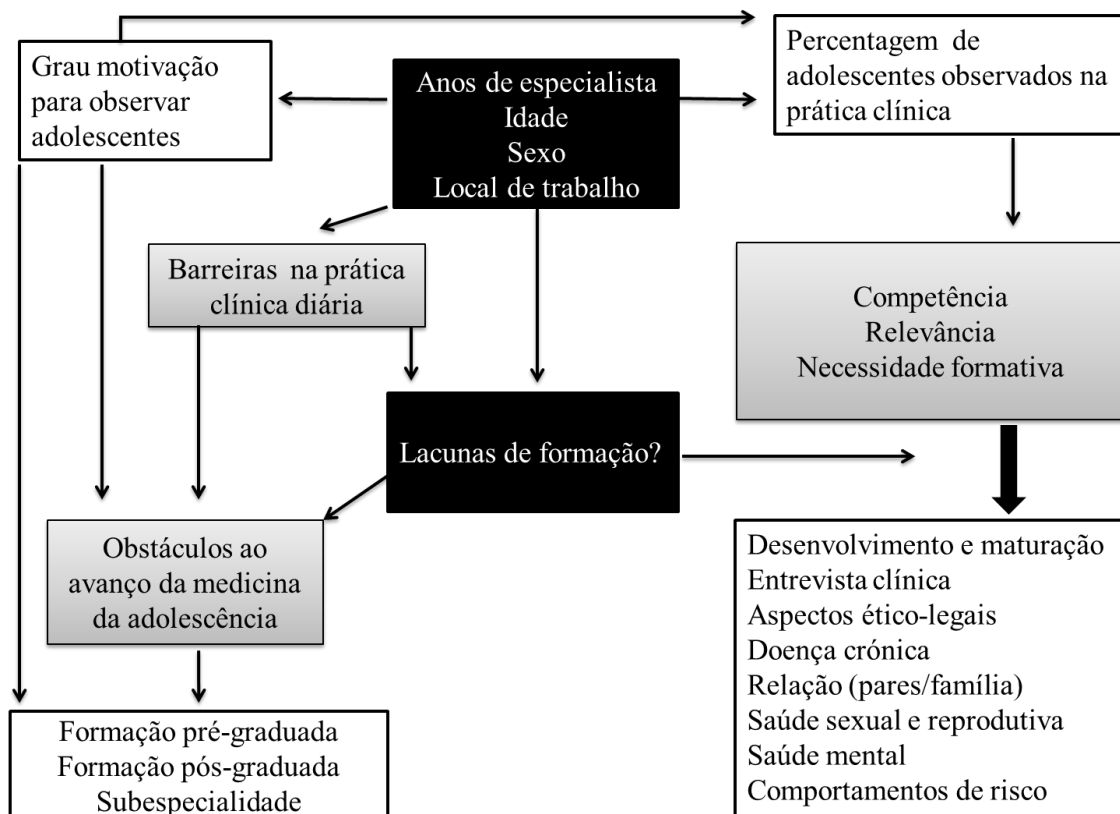
O presente estudo exploratório tem um desenho quantitativo transversal.

2.1.1. Questão inicial

A partir da questão de partida “*Que carências formativas existem relativamente à Medicina do Adolescente?*” decorreu a etapa exploratória do estudo, que incluiu revisão de literatura, construção e adaptação do instrumento, a recolha da amostra e o estudo quantitativo.

2.1.2. Quadro conceptual

A formulação da questão inicial permite-nos desenhar o seguinte quadro conceptual:



Foram consideradas as seguintes variáveis individuais: sexo, idade, tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista em Pediatria e local de trabalho (regiões norte, centro, sul e regiões autónomas).

Estudou-se a associação entre estas variáveis e a presença de barreiras na prática clínica, a motivação para observar adolescentes e a perceção do nível de competência e da necessidade formativa em áreas gerais e específicas da Medicina do Adolescente.

Avaliou-se ainda a perceção da necessidade em reformular o ensino pré e pós-graduado em Medicina do Adolescente.

2.2. Objetivos

Este estudo pretende constituir um contributo para a expansão do conhecimento e da compreensão das lacunas formativas em Medicina do Adolescente no contexto nacional.

Definiram-se como objetivos gerais:

- Avaliar as necessidades de formação dos pediatras portugueses em Medicina do Adolescente.
- Comparar as necessidades formativas atuais com as necessidades formativas identificadas num estudo similar realizado há cerca de dez anos.

A partir dos objetivos gerais, emergiram os seguintes objetivos específicos:

- Identificar eventuais lacunas na formação em Medicina do Adolescente durante o Internato de Formação Específica em Pediatria e na formação contínua pós-graduada.
- Contribuir para possíveis reformulações da formação pré e pós graduada nesta área específica.

2.3. Questões de investigação

Perante os objetivos definidos, o estudo exploratório integrou as seguintes questões de investigação:

- Que lacunas existem na formação dos pediatras em Medicina do Adolescente?
- Existem diferenças na percentagem de adolescentes observados em função das variáveis sexo, idade e local de trabalho dos pediatras (privado vs. público vs. ambos)?
- Existem diferenças em relação à percentagem de adolescentes observados em função da variável ‘anos de prática clínica’ dos pediatras?
- Existem diferenças em relação à percentagem de adolescentes observados em função da região do país?
- Quais as barreiras à prática da Medicina do Adolescente percecionadas pelos pediatras?
- Que fatores contribuem para que a prática da Medicina do Adolescente seja atrativa para os pediatras?
- Como é que o pediatra valoriza a confidencialidade em função das variáveis sexo e anos de prática clínica?
- Qual a perceção da competência dos pediatras nas diferentes áreas da Medicina do Adolescente?
- Qual a perceção da relevância dessas áreas para a prática clínica?
- Qual a perceção da necessidade de formação nessas áreas?
- Qual a perceção da necessidade de reformulação da formação pré e pós graduada em Medicina do Adolescente?

2.4 - Instrumentos de recolha de dados

O instrumento utilizado no presente estudo (vide Anexo II) foi adaptado a partir do questionário aplicado por Fonseca (2000), por sua vez baseado no *Adolescent health national needs assessment* (universidade do Minnesota EUA 1997). O questionário é composto por 22 questões, agrupadas em quatro blocos: (i) Dados sociodemográficos (idade, género, tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista em Pediatria); (ii) Experiência e atitudes em Medicina do Adolescente; (iii) Competência, prática e interesse em adquirir formação específica na área da Medicina do Adolescente; (iv) Constrangimentos ao avanço da Medicina do Adolescente (identificação de obstáculos e necessidade de reformulação da formação pré e pós-graduada).

No bloco dos Dados sociodemográficos a idade e tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista foram pré-definidos através de intervalos de tempo. A idade dos participantes foi definida em “menos de 30 anos; 30-35 anos, 36-40 anos, 41-45 anos, 46-50 anos e mais de 50 anos”, por sua vez, o tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista foi estabelecido como: “um ano, dois anos, três anos, quatro anos, cinco a dez anos e mais de dez anos”. O local de trabalho dos pediatras foi definido em 3 categorias: serviço público, serviço privado ou ambos; e a região do país onde ocorria essa prática clínica em 4 categorias: região norte, região centro, região sul e regiões autónomas.

O bloco ‘Experiência e atitudes em Medicina do Adolescente’ inclui nove questões focadas na atividade clínica (e.g., “*Nos últimos 30 dias, na sua prática clínica, qual a percentagem aproximada de adolescentes observados?*”), nas barreiras à actividade clínica desenvolvida com adolescentes (e.g., “*Considera existirem barreiras no seu trabalho com adolescentes?*” com especificação das barreiras em alíneas pré-definidas) e nas motivações subjacentes ao trabalho clínico com adolescentes (e.g.,

“Sente-se atraído a trabalhar com adolescentes; Qual dos seguintes aspetos o atraem mais?” com especificação das motivações em alíneas pré-definidas).

No bloco ‘Competência, prática e interesse em adquirir formação específica na área da Medicina do Adolescente’, utilizou-se uma escala de três pontos (*Muito; Alguma; e Pouco/Nenhuma*) para cada uma das seguintes dimensões: competência, relevância para a prática clínica e interesse em adquirir formação, apresentando-se um conjunto de itens agrupados em tópicos gerais (e.g., *crescimento físico e pubertário normal; entrevista clínica; aspetos ético-legais*) e específicos (e.g., *“atraso pubertário; ginecomastia; acne*).

O bloco ‘Constrangimentos ao avanço da Medicina do Adolescente’ é constituído por cinco questões que avaliam a identificação de obstáculos e a perceção de necessidade futura de formação pré e pós graduada: *“Como avalia retrospectivamente a formação em Medicina do Adolescente no seu Internato de Pediatria?; Considera que há necessidade de formação na área da adolescência no ensino pré-graduado?; Considera que a Medicina do Adolescente deve ser considerada uma subespecialidade?; Os internos de especialidade de Pediatria do seu Serviço têm formação na área da adolescência durante a sua formação?”*). Foi ainda solicitado aos inquiridos que hierarquizassem de 1 a 4 (1-menor peso; 4-maior peso) as dificuldades/obstáculos para o avanço da Medicina do Adolescente em Portugal (e.g., *Ausência de profissionais com treino especializado; Ausência de ambiente hospitalar adequado; Ausência de equipa multidisciplinares; Ausência de recursos comunitários que possibilitem a referênciação*).

2.5.- Procedimentos

Após o processo de adaptação, o questionário foi revisto por peritos na área da adolescência. O projecto foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - CHLN, tendo-se obtido um parecer favorável à sua realização (vide Anexo III). Seguidamente, foi estabelecido o contacto com a Ordem dos Médicos com o objetivo de obter a colaboração para a realização do estudo. Após o deferimento do pedido, a Ordem dos Médicos solicitou a colaboração de todos os pediatras inscritos ($n = 1922$), através do envio do *link* eletrónico do questionário e da explicitação dos objetivos do estudo para o *e-mail* dos pediatras (vide Anexo II). Para além disso, foi explicado que a participação no estudo seria anónima, confidencial e voluntária, não existindo qualquer gratificação. Foi disponibilizado o contacto eletrónico do investigador para possibilitar o esclarecimento de dúvidas que surgissem no preenchimento do questionário. Os dados estatísticos disponibilizados pela OM sobre o número de especialistas inscritos no colégio de Pediatria refere-se à última atualização, 31 de Dezembro de 2014. A essa data estavam inscritos 1922 pediatras, 1308 do sexo feminino (68% do total de pediatras). Em relação à distribuição etária 59% com mais de 50 anos, 10% entre 46-50 anos; 8% entre 41-45 anos; 12,6% entre 36-40 anos; e 9,6% com menos 36 anos.

A recolha da amostra decorreu durante o ano de 2015, em dois momentos distintos – Abril e Julho. Optou-se por realizar a recolha em dois momentos para aumentar a dimensão da amostra. No segundo momento de recolha, foi explicitamente pedido aos participantes que já tinham respondido no primeiro momento, que não o voltassem a fazer. Foram excluídos da amostra todos os participantes que completaram o questionário de forma incorreta. O cronograma das várias fases do estudo consta do anexo IV.

2.6. -Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram compilados numa base de dados e posteriormente analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. Inicialmente procedeu-se a uma análise descritiva dos resultados (tabelas de frequência, percentagens, mediana), seguida de uma análise de associação das variáveis pelo coeficiente *Pearson* e de análise das diferenças utilizando o teste *T student e ANOVA*.

3 Resultados da Investigação

3.1 - Dados sociodemográficos: Características da amostra

Do envio do questionário eletrónico resultaram 278 respostas. Foram excluídos quatro questionários por respostas incompletas. A amostra é composta por 274 pediatras ($n = 274$), o que corresponde uma taxa de resposta de 14,3% e é maioritariamente constituída por pediatras do sexo feminino (76%; $n = 208$). A distribuição etária da amostra está explicitada na tabela 1 e a comparação com a distribuição etária da população de pediatras inscritos na OM na figura 1.

Tabela 1. Variável idade (em anos) da amostra

Idade	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
30-35 Anos	60	21,9	22,0
36-40 Anos	51	18,6	40,7
41-45 Anos	23	8,4	49,1
46-50 Anos	42	15,3	64,5
Mais de 50 Anos	97	35,4	100,0

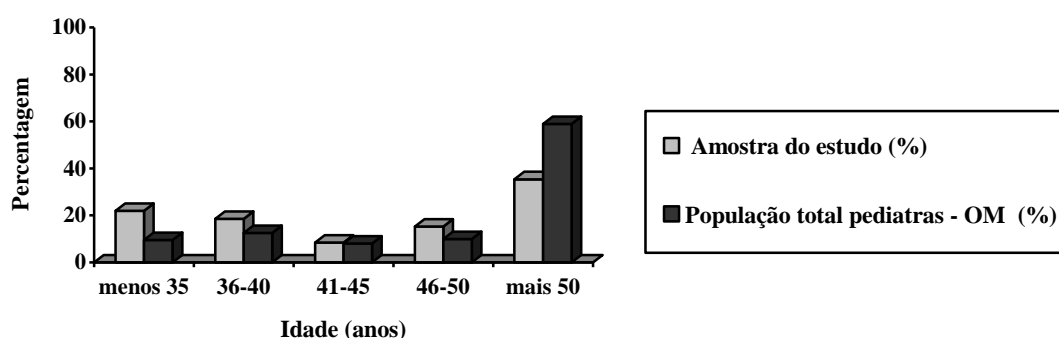


Figura 1. Comparação entre a percentagem de pediatras inscritos na OM para cada um dos grupos de idades e a percentagem da amostra do estudo.

Relativamente ao tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista em Pediatria, 55,8% da amostra tinha mais de 10 anos de prática clínica pediátrica (vide Tabela 2).

A figura 2 mostra a percentagem de pediatras inscritos na OM e a percentagem da amostra do estudo em relação à variável tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista em Pediatria.

Tabela 2. Variável tempo (em anos) que decorreu desde a obtenção do título de especialista em Pediatria

Tempo de especialista	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
1ano	27	9,9	9,9
2anos	19	6,9	16,8
3anos	15	5,5	22,3
4anos	10	3,6	26,0
5-10anos	49	17,9	44,0
Mais 10 anos	153	55,8	100,0

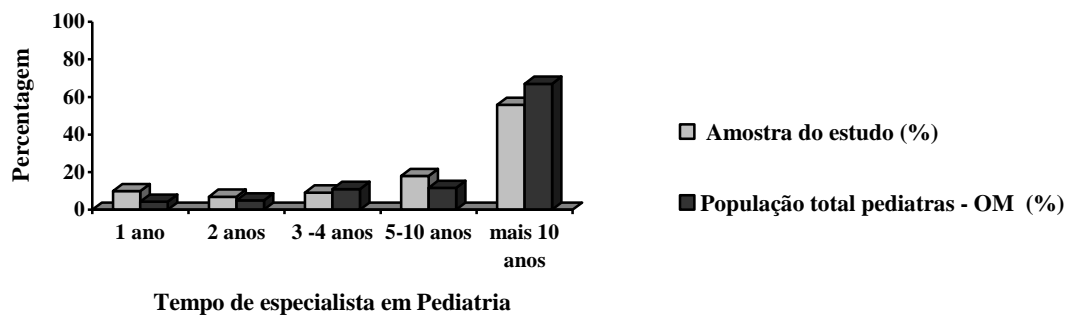


Figura 2. Comparação entre a percentagem de pediatras inscritos na OM no que respeita ao tempo (em anos) que decorreu desde a obtenção do título de especialista em Pediatria e a percentagem da amostra do estudo.

A maioria dos pediatras da amostra trabalha simultaneamente no setor público e privado (43,4%) e 37% da amostra trabalha exclusivamente no setor público. A maioria da amostra trabalha na região sul do país (37,2%).

3.2 - Experiência e atitudes em Medicina do Adolescente

A figura 3 mostra a percentagem de adolescentes observados, nos últimos 30 dias, pelos pediatras da amostra na sua prática clínica. A maioria da amostra (39,4%) refere ter observado 10-25% de adolescentes face ao total de doentes observados; 6,2% da amostra (n=17) não observou adolescentes e 6,9% da amostra observou predominantemente adolescentes (mais de 50% dos doentes observados). Considerando o grupo de pediatras que não observou adolescentes nos últimos 30 dias (n = 17), a maioria revelou interesse em observar adolescentes (97%) e refere, como condições necessárias para o fazer, “*ter mais formação*” e/ou “*mais experiência*” e/ou “*mais tempo disponível*”, em proporção semelhante.

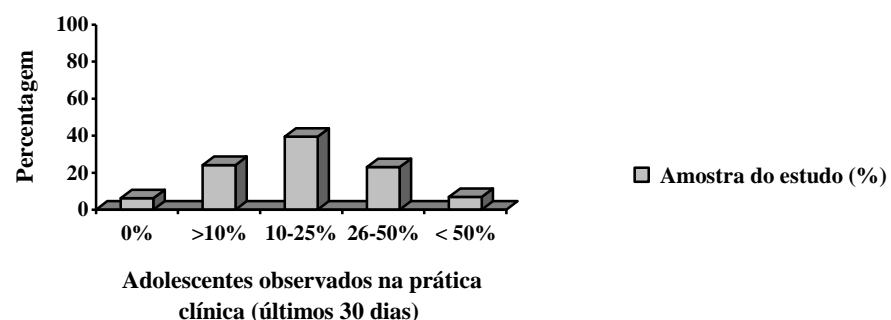


Figura 3. Percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias.

A significância da diferença entre a média da percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias pelos pediatras que trabalham exclusivamente no setor privado comparativamente aos pediatras que trabalham apenas no público ou em ambos os setores (público e privado); e entre a percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias por pediatras do sexo feminino vs masculino foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes. De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças observadas entre as médias de pediatras do sexo feminino vs. masculino são significativas ($t(271) = -2.03; p < .05$), sendo que pediatras do sexo feminino observaram uma percentagem superior de adolescentes nos últimos 30 dias.

De acordo com o teste *t*-Student, não existe diferença entre a média da percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias pelos pediatras que trabalham exclusivamente no setor privado vs. pediatras que trabalham exclusivamente no setor público ($t(152) = 1.89, n.s.$), nem entre a média da percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias pelos pediatras que trabalham exclusivamente no setor público vs. pediatras que trabalham nos setores público e privado. Contudo, existe diferença entre a média da percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias pelos pediatras que trabalham exclusivamente no setor privado vs. pediatras que trabalham nos setores público e privado ($t(169) = -2.84, p < .05$).

A significância da diferença entre o tempo decorrido desde a obtenção do título de especialista em Pediatria e a percentagem de adolescentes observados nos últimos 30 dias foi também avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes e as diferenças observadas entre as médias referidas não foram significativas ($t(271) = -1.62, n.s.$).

Em relação à existência de um atendimento específico para adolescentes no respetivo local de trabalho, 34% da amostra refere a existência de um atendimento específico, 6,5% refere a existência de uma enfermaria com área específica para adolescentes e 30% refere a existência das duas valências.

Uma percentagem elevada da amostra (47,4%) considera que existem barreiras ao atendimento a adolescentes, salientando: (a) a ausência de treino específico (24%); (b) dificuldades na comunicação com o adolescente (18%); (c) falta de motivação para trabalhar com situações envolvendo perturbações do comportamento (10%); (d) impossibilidade de assegurar a confidencialidade (10%); (e) falta de recursos da comunidade (10%); (f) falta de apoio de outros profissionais de saúde (10%); (g) exigência de tempo (9%); (h) não se sentir à vontade com o adolescente (4,7%); (i) dificuldade em falar a sós com adolescente (0,4%).

A maioria da amostra considera que o trabalho com adolescentes é moderadamente atrativo. A amostra releva o *“gosto de poder intervir na promoção de saúde deste grupo etário”* (36,5%); o *“gosto do desafio que o trabalho com adolescentes implica”* (30,7%); o *“gosto da conjugação dos aspetos físicos e psicossociais inerentes à prestação de cuidados de saúde aos adolescentes”* (30,7%); o *“gosto de conversar com adolescentes”* (29,9%); *“apreciar os aspetos interdisciplinares do trabalho com adolescentes”* (26,6%); e *“considerar interessantes os problemas de saúde mais prevalentes nos adolescentes”* (19,7%).

Em relação à confidencialidade, esta variável foi considerada como de elevada importância na prática clínica com adolescentes por 89% da amostra, independentemente do género ou do tempo de especialidade.

3.3 - Competência, prática e interesse em adquirir formação específica na área da Medicina do Adolescente

A amostra perceciona-se como menos competente nas temáticas de saúde mental, saúde reprodutiva/ginecologia e nas questões relacionais ou ligadas ao comportamento. No que respeita ao interesse em adquirir formação específica na área da Medicina do Adolescente, a amostra realçou interesse nas áreas da doença crónica, obesidade, transição para serviços de adultos, má adesão à terapêutica, somatização, consumos e saúde reprodutiva. – vide Anexo V.

3.4 - Constrangimentos ao avanço da Medicina do Adolescente

Em relação aos constrangimentos ao avanço da Medicina do Adolescente, a maioria da amostra dispôs, por ordem decrescente de importância, os seguintes obstáculos: ausência de recursos comunitários que possibilitem a referência (29.2%); ausência de equipas multidisciplinares (24,8%); ausência de ambiente hospitalar adequado (22,3%); ausência de motivação por parte dos profissionais de saúde (12,8%); e ausência de profissionais com treino especializado (5,8%).

Na avaliação retrospectiva da formação no Internato de Formação Específica em Pediatria na área da Medicina do Adolescente, 13% da amostra refere ter tido estágio de Medicina do Adolescente; 48,2% refere não ter recebido formação e 36,5% considera-a insuficiente. A maioria da amostra que refere não ter recebido formação corresponde a pediatras com mais de 10 anos de especialidade.

Em relação à formação pós-graduada, é de realçar que 27% da amostra frequentou formações da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e 2% o mestrado de Saúde do Adolescente. Relativamente à necessidade de formação na área

da adolescência durante o ensino pré-graduado de medicina, 78,8% da amostra considera-a pertinente. No que respeita à configuração da Medicina da Adolescência como uma subespecialidade da Pediatria, 55% da amostra concorda com a criação da mesma.

5,5% dos inquiridos referem que no serviço onde exercem funções, a formação dos Internos de Pediatria na área da adolescência é inexistente; 48,9% referem que alguns internos têm formação; e 21% que todos os Internos têm formação. Não se verificaram diferenças em termos da localização geográfica dos inquiridos que referiram a formação como inexistente ou ‘alguma’.

3.5 - Análise de correlações

Com base nas correlações obtidas entre os resultados médios das variáveis, a partir da correlação de Spearman, observamos que o número de anos decorridos desde a obtenção do grau de especialista e o número de adolescentes observados nos últimos 30 dias estavam positiva e significativamente correlacionados ($r = .15$); o número de anos decorridos desde a obtenção do grau de especialista e o interesse pela abordagem física e psicossocial estão negativa e significativamente correlacionados ($r = .19$); o número de anos decorridos desde a obtenção do grau de especialista e competência na avaliação de situações de PHDA, problemas menstruais, gravidez, educação sexual, IST, acne e atraso pubertário estão negativa e significativamente correlacionados ($r = -.13$, $r = -.22$, $r = -.17$, $r = -.17$, $r = -.17$, $r = -.16$, $r = -.15$, respetivamente), ou seja, quanto mais anos decorridos desde a obtenção da especialidade, menor competência na avaliação destas problemáticas.

3.6 - Comparação entre os resultados do presente estudo e estudo similar efetuado no ano 2000⁸

A taxa de resposta obtida neste estudo é ligeiramente inferior (14,3%) à que se verificou no questionário aplicado em 2000 (18%), tendo incluído, contudo, um maior número de participantes (274 para 223 questionários validados). Em ambos os estudos a amostra é predominantemente do sexo feminino (64% no estudo de Fonseca 2000; 76% no presente estudo). Quanto ao tempo que decorreu desde a obtenção do título de especialista em Pediatria, a percentagem de inquiridos com mais de 5 anos de especialidade é superior no estudo de Fonseca (85% contra 74% no presente estudo). Contudo, a amostra deste estudo apresentava um número inferior de pediatras a trabalhar exclusivamente no setor público (88% no estudo de Fonseca contra 37% no presente estudo). Na prática clínica, a expressividade da consulta com adolescentes aumentou nos últimos anos (entre 10-25%, comparativamente com < 10% no estudo de Fonseca, com um menor número de pediatras a referir, atualmente, que não observa adolescentes (6.2% contra 15%).

A percepção de barreiras no atendimento ao adolescente decresceu nos últimos anos (de 68% para 47%), com alterações na hierarquização: atualmente, são mais valorizadas a dificuldade na comunicação, falta de motivação para trabalhar questões de comportamento e a falta de recursos na comunidade. Anteriormente, destacava-se a falta de apoio de outras especialidades e a incapacidade de assegurar confidencialidade. O item “falta de treino” tem atualmente uma menor expressividade (24% contra 65%).

Tabela 3. Comparação das barreiras percebidas no trabalho com adolescentes no estudo de Fonseca (2000)⁸ e no presente estudo (valores expressos em percentagem)

Barreiras percebidas pelos pediatras	Estudo Fonseca (2000)	Estudo actual (2015)
Não tenho treino	65%	24%
Comunicação é difícil	15%	18%
Sem motivação para questões comportamentais	23%	10%
Impossibilidade em garantir a confidencialidade	31%	10%
Falta de recursos na comunidade	41%	10%
Falta de apoio de outros profissionais	2,3%	10%
Exigência de tempo	19%	9%
Não se sente à vontade com o adolescente	15%	4,7%
Dificuldade em falar a sós com o adolescente	15%	0,4%

No presente estudo não existe uma associação entre o número de anos decorridos desde a obtenção do grau de especialista e a presença de maior número de barreiras. Os motivos de atração para trabalhar com adolescentes são semelhantes nos dois estudos.

A análise comparativa entre os dois estudos da percepção de competência, relevância e necessidade formativa de áreas específicas e gerais da Medicina do Adolescente, está explicitada no Anexo V. À semelhança do estudo de Fonseca,⁸ a amostra do presente estudo também se percebe como menos competente nas áreas da saúde mental e saúde reprodutiva e sexual. Por sua vez, em contraste com o estudo de Fonseca, a percentagem de pediatras que gostaria de ter tido muito mais treino em Medicina do Adolescente durante o Internato foi superior (80% contra 50%).

4 Discussão

Este estudo teve como objetivo explorar as necessidades formativas dos pediatras portugueses em Medicina do Adolescente e comparar as necessidades formativas atuais com as necessidades formativas identificadas num estudo realizado há cerca de dez anos, com o intuito de contribuir para enriquecimento do conhecimento sobre as lacunas formativas na área da Medicina do Adolescente em Portugal.

Limitações e pontos fortes

Este estudo tem várias limitações que são importantes de assinalar: (i) a dimensão reduzida da amostra não nos permite generalizar os resultados para a população de pediatras portuguesas. De facto o nível de adesão ao estudo foi baixo, apesar do recurso às novas tecnologias, da explicitação das motivações do estudo, do apoio institucional de uma entidade de referência para os médicos portugueses e da integração de dois momentos de avaliação. Vários fatores podem explicar esta baixa adesão, nomeadamente, o desinteresse dos médicos pela investigação, a falta de disponibilidade e de tempo e o facto de esta área ser ainda pouco reconhecida pelos pediatras; (ii) Nem todos os pediatras a exercer Pediatria estão inscritos no colégio da especialidade e alguns pediatras não têm o seu endereço eletrónico atualizado. (iii) O questionário utilizado não foi validado e é composto por questões fechadas, não permitindo a inclusão de outros elementos informativos pelos participantes. Para além disso, a avaliação das áreas gerais e específicas da Medicina do Adolescente não inclui todas as áreas relevantes, por exemplo, não inclui a prevenção de acidentes, principal causa de mortalidade neste grupo etário. (iv). A grande maioria dos pediatras inquiridos tinha mais de 10 anos de especialidade, estando a geração mais jovem sub-representada.

Como pontos fortes do estudo realça-se a utilização de uma amostra a nível nacional, e a aplicação do questionário através de uma instituição credível para os pediatras e utilizando uma metodologia de recolha de dados atual. Avaliaram-se as várias dimensões da Medicina do Adolescente, em anonimato, permitindo identificar as áreas com maior deficiência formativa.

Neste estudo verificou-se uma predominância do género feminino, que espelha a realidade de um maior número de pediatras mulheres nesta especialidade. Em média, a amostra de pediatras observou 25% de adolescentes nos últimos 30 dias comparativamente com < 10% no estudo de Fonseca, o que reflete um aumento da expressividade dos adolescentes na prática diária, fruto da política de alargamento da idade pediátrica para os 17 anos e 364 dias no serviço público desde 2010.

Apesar de o grupo de pediatras que não pretende observar adolescentes ser pouco expressivo, a existência de barreiras é percecionada pela maioria dos clínicos. Em paralelo com a falta de treino e aspetos relacionados com a comunicação (entrevista clínica), a falta de recursos e a ausência de equipas multidisciplinares são barreiras identificadas ao atendimento dos adolescentes. Estes dados refletem o papel central do pediatra na gestão dos problemas dos adolescentes e a importância da multidisciplinaridade inerente à Medicina do Adolescente. A falta de outros técnicos para apoiar nas intervenções e para permitir uma discussão conjunta dos casos clínicos mais complexos, limita a aquisição de conhecimentos/aptidões e diminui a motivação dos pediatras para trabalhar com este grupo etário. A referência à menor perceção de competências nos aspetos ético-legais, na entrevista e no desenvolvimento psicossocial é demonstrativa das particularidades das intervenções na adolescência e da desejável capacidade de abordagem holística que o técnico necessita de adquirir.

Áreas como a saúde mental (depressão, risco de suicídio, comportamentos auto-lesivos, distúrbios do comportamento alimentar, *bullying*, somatização), saúde reprodutiva e sexual (problemas menstruais, contraceção, IST) e doença crónica (adesão à terapêutica, transição para serviços de adultos) são apontadas como aquelas onde são identificadas maiores necessidades de formação. As dificuldades percecionadas nestas áreas são tanto mais importantes quanto maior é o tempo decorrido desde a obtenção do grau de especialista em Pediatria. Este aspeto reflete, por um lado, o aumento de prevalência de algumas patologias na prática clínica (como, por exemplo, a obesidade e suas comorbilidades) e, por outro, a valorização na formação pós-graduada dos aspetos orgânicos face aos aspetos biopsicossociais do adolescente, bem como as dificuldades reais na comunicação com os adolescentes, que é determinante de problemas tais como as dificuldades de adesão à terapêutica e o absentismo às consultas médicas.

De facto, um dos pilares da Medicina do Adolescente é a entrevista clínica, a qual, assentando na garantia da confidencialidade, facilita a comunicação com a família, postulando a utilização de técnicas como a entrevista motivacional que visam, nomeadamente, o envolvimento do adolescente nas opções diagnósticas e terapêuticas.

A falta de preparação em áreas como o desenvolvimento e maturação, justificam as dificuldades na abordagem de situações como ginecomastia, acne, problemas ginecológicos comuns, ou experimentação de substâncias. A intervenção oportunista para rastreio destas problemáticas, pode, em particular, ocorrer nas consultas programadas de saúde infantil e juvenil (apenas 3 entre os 10 e os 18 anos!) ou até mesmo no atendimento em serviço de urgência pediátrica.

Cerca de 50% dos pediatras que responderam ao inquérito reconhecem que não tiveram formação em Medicina do Adolescente durante o seu internato, mas consideram

de forma muito expressiva (80% casos) que a formação em Medicina do Adolescente deve iniciar-se no ensino pré-graduado.

Com base nos resultados obtidos, apenas um quarto dos internos terá atualmente formação específica em Medicina do Adolescente. Esta situação realça a heterogeneidade dos planos de formação dos internos de Pediatria, a desvalorização da Medicina da Adolescência face a outras vertentes da Pediatria e a presença de poucos profissionais habilitados para dar formação em Medicina do Adolescente nos serviços de Pediatria. Até ao presente, não existe no currículo do Internato de Formação Específica em Pediatria formação obrigatória sobre os aspetos gerais e específicos da Medicina do Adolescente, situação que (espera-se) será alterada a curto prazo, com a revisão do programa curricular do Internato de Pediatria.

De facto, a segunda década de vida ocupa 50% do grupo etário que um pediatra deve assistir com aptidão e rigor profissional. O pediatra está, de facto, particularmente bem posicionado para prestar cuidados de saúde ao adolescente, não só porque as problemáticas da adolescência têm muitas vezes a sua génese na primeira infância, mas também pelas competências que adquiriu na área do desenvolvimento e crescimento e pela proximidade com as dinâmicas familiares desde o nascimento.

Há evidência de que a oportunidade de intervir na adolescência determina uma melhor qualidade de vida e de saúde no adulto. Finalmente, cativar os adolescentes para os cuidados de saúde, passa também pela atitude dos profissionais face aos mesmos.

Nem todos os serviços de Pediatria no país possuem áreas de internamento específicas para adolescentes, salas de espera individualizadas no ambulatório ou mesmo consulta específica de adolescentes. Estes requisitos estão indicados nas normas da OMS sobre “serviços amigáveis para adolescentes”.

5 Conclusões e Propostas de Intervenção

Os resultados obtidos sugerem que a formação em Medicina do Adolescente é ainda deficitária em Pediatria e que as barreiras aos cuidados de saúde dos adolescentes se têm vindo a manter ao longo da última década, associadas maioritariamente a défices formativos em várias áreas da Medicina do Adolescente, nomeadamente, na saúde mental e reprodutiva. Os resultados do estudo realçam estas dificuldades e indicam a necessidade de revisão dos programas formativos do Internato de Formação Específica em Pediatria, com maior ênfase nos aspetos gerais e específicos da adolescência. Seria ainda de considerar a formalização da Medicina do Adolescente como subespecialidade, permitindo a valorização e o enquadramento dos especialistas diferenciados, com liderança nos processos formativos e na intervenção em situações mais complexas. Estas medidas poderão, a médio e longo prazo, modificar a realidade atual. Seria também importante a inclusão, no ensino pré-graduado, durante o mestrado integrado em medicina, dos conteúdos programáticos teóricos e teórico-práticos das áreas básicas da Medicina do Adolescente, como sejam a puberdade, a dinâmica familiar, o grupo de pares, a sexualidade, as experimentações e consumos, cuidados antecipatórios e as principais patologias deste grupo etário. Seria útil o treino em entrevista clínica, seja em contexto laboratorial ou através da visualização de consultas médicas. Igualmente importante seria a criação, durante o internato médico de Pediatria, de um estágio específico em Medicina do Adolescente, incluído no tronco de formação básica, o que permitiria a aquisição de competências e aptidões nos conteúdos gerais e específicos da Medicina do Adolescente, em particular em contexto de consulta programada e do serviço de urgência. Sugere-se, ainda, a criação de um curso teórico obrigatório para todos os internos em cada região do país sobre as temáticas acima referidas, bem como

a definição a nível nacional dos centros com idoneidade formativa. Reconhece-se utilidade ao trabalho em equipa multidisciplinar durante a formação específica, com discussão de casos e apresentação de *portfolio* e, eventualmente, trabalho com a comunidade/saúde escolar no desenvolvimento de projetos de promoção de saúde dos adolescentes. No pós-graduado, deveria existir uma plataforma de gestão de formação no âmbito da Sociedade Portuguesa da Medicina do Adolescente ou do Colégio da Especialidade, com formações acreditadas com graus de especialização em Medicina do Adolescente (básico, intermédio ou avançado). Recomendar-se-ia, finalmente, a implementação de reuniões de supervisão nos centros de referência com os recursos da comunidade que prestam cuidados aos adolescentes, nomeadamente centros de saúde e saúde escolar. Eventualmente, a criação de gabinetes de apoio ao adolescente nas instituições escolares de modo a fomentar a acessibilidade e promover os cuidados de saúde.

Estudos futuros inquirindo especialistas em Pediatria e internos de formação específica, coordenados pelo próprio colégio e envolvendo a SPP, permitirão aferir com maior rigor as necessidades formativas em Medicina do Adolescente e desenvolver programas de formação específicos básicos e avançados em Medicina do Adolescente.

6 Referências bibliográficas

1. Rogers C, kindsman S. Adolescent development – stages, statuses and stereotypes, section II: understanding adolescent and their world. In Kenneth Ginsburg. Reaching Teens: Strength-Based Communication Strategies to Build Resilience and Support Healthy Adolescent Development. American Pediatric Society 2014, chapter 8, pag 55
2. WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986
3. Goldering JM. Rosen D. Getting into adolescent heads: an essential update. Modern medicine jan 2004 in <http://www2.aap.org/pubserv/psvpreview/pages/files/headss.pdf>
4. Ginsburg K the 7 Cs model of resilience - section I - orientation to a strength-based approach in Kenneth Ginsburg. Reaching Teens: Strength-Based Communication Strategies to Build Resilience and Support Healthy Adolescent Development. American Pediatric Society 2014. chapter 5 pag 31
5. Neinstein L. Adolescent Health Care A Practical Guide. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2008
6. Canals J C, Guillaumet L (2004). La relation medico-adolescente. La entrevista Clínica In Barca Castellano G, Vicario Hidalgo M.I, Romero Redondo A.M. Medicina de la adolescência atención integral Madrid 2004: Ergon. cap 1, pg 3-11.
7. Fonseca H., Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. Adolesc Med State Art Rev. 2010 Apr;21(1):152-60 40

8. Fonseca H, Marcelino J, Avaliação das necessidades de formação em medicina de Adolescentes, Acta Pediatr Port, 2002, 33 (3): 181-7.
9. Harriet BF, Anda I. Adolescent medicine training in pediatric residency programs, Pediatrics, 2010, 125 (1); 165-172.
10. Trent M, Cheng TL; Meeting the needs of adolescents: pediatric medical education and workforce development; Pediatrics, 2010, 125 (1): 191-192
11. Blum R. Physicians assessment of deficiencies and desire for training in adolescent care. J Med Educ 1987 May; 62(5): 401-7
12. Blum RW Knowledge and attitudes of health professionals toward adolescent health care J adolesc health care 1990 Jul; 11(4): 289-94
13. Peter McIntyre, Adolescent friendly health services - An agenda for change (OMS 2002):
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf
14. Despacho n.º 9871/2010, Diário da República, 2.ª série — N.º 112 — 11 de Junho de 2010, 32 123.
15. B Kraus training needs in adolescent medicine of practising doctors: a swiss national survey of six disciplines, Medical education Aug 2003; 37(8): 709-14
16. Oya E and al. Demography of adolescent health care delivery and training in Europe. Eur J pediatric Apr 2009, 168: 417-26
17. Berg-Kelly K.EU-Teach: A network for developing the teaching of adolescent medicine in Europe. Acta paediatr 2000; 89:1270
18. Anne meynard. The health of Swiss adolescents and its implications for training of health professionals in Switzerland, International Journal of Adolescent Medicine and Health jun 2015 41

19. Hardoff D Attitudes and practices of Israeli physicians toward adolescent health care – a national survey. Jul 1999, 25 (1): 35-39
20. Hardoff D, SchonmannS. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients Med Educ 2001;35:206-10
21. Katman D K. adolescent medicine: a new paediatric subspecialty in Canada. Paediatr child healt jan 2008; 13: 12-14
22. EuTEACH. [Http://www.euteach.com](http://www.euteach.com)
23. Machado MC, Alves MI, Couceiro ML, Saúde infantil e juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde; Act Pediatr Port, 2011, 42 (5): 195-204.
24. Estudo Nacional HBSC 2010 - "A Saúde dos adolescentes portugueses", Margarida Gaspar de Matos e outros, Aventura social. FMH/ Universidade Técnica de Lisboa, Março, 2012.

7 Anexos

Anexo I – Declaração da orientadora de deferimento da orientação da tese



DECLARAÇÃO

Declaro aceitar ser Orientadora da Tese de Mestrado do Dr. Sérgio Rodrigo Martins de Jesus das Neves, intitulada "Avaliação das Necessidades de Formação em Medicina do Adolescente dos Pediatras Portugueses – dez anos depois", no âmbito do Mestrado em Saúde do Adolescente.

Lisboa, 5 de Dezembro de 2014



Maria Helena Regalo da Fonseca

Anexo II

Carta de pedido de colaboração :

Exmo. Colega inscrito no Colégio de Especialidade de Pediatria,

Eu, Sérgio Rodrigo Martins de Jesus das Neves, com o número de Ordem dos Médicos 40948, e inscrito no Colégio de Especialidade de Pediatria, venho solicitar a sua colaboração para aplicação de um questionário no âmbito de uma tese de mestrado em Saúde do Adolescente intitulada : **“Avaliação das necessidades de formação em Medicina do Adolescente dos pediatras portugueses”** com orientação científica da Professora Doutora Helena Fonseca (Faculdade Medicina de Lisboa).

Este questionário foi elaborado com fins puramente académicos. A sua participação é anónima e confidencial, através do link:

https://docs.google.com/forms/d/1ICk6WKPBSHz_yVQmx911aAOmcbb_MiK3hChIWKYym

Os resultados deste estudo ajudarão a conhecer os ganhos formativos dos últimos anos, e as lacunas ainda existentes na formação. O objetivo será contribuir para melhorar o atendimento dos adolescentes, através de profissionais capacitados e confiantes.

Caso considere pertinente ter acesso a informação mais detalhada, por favor envie mensagem para o endereço rod.sergio@hotmail.com e responderei com a maior brevidade possível. Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente,

Sérgio Neves

Questionário eletrónico _____

Aspetos sociodemográficos

1 - Há quantos anos terminou o Internato complementar de Pediatria:

- ☐ 1 ano
- ☐ 2 anos
- ☐ 3 anos
- ☐ 4 anos
- ☐ 5-10 anos
- ☐ > 10 anos

2 - Qual o seu sexo?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3 - Qual a sua idade?

- ☐ < 30 anos
- ☐ 30-35 anos
- ☐ 36-40 anos
- ☐ 41-45 anos
- ☐ 46-50 anos
- ☐ > 50 anos

4 - Indique onde exerce a sua atividade clínica

- ☐ Serviço público
- ☐ Serviço privado
- ☐ Ambos

5 - Indique a região de Portugal onde trabalha

- ☐ Região Norte
- ☐ Região Centro
- ☐ Região Sul
- ☐ Regiões autónomas

6 - O local onde trabalha tem atendimento específico para adolescentes?

- ☐ Consulta específica de adolescentes
- ☐ Enfermaria com sala/ ala específica para adolescentes
- ☐ Ambas as anteriores
- ☐ Nenhuma das anteriores

Experiência e Atitudes em Medicina do adolescente

7 - Nos últimos 30 dias na sua prática clínica qual foi a percentagem aproximada de adolescentes (10-19 anos) observados?

- ☐ >50% (segue para pergunta 10)
- ☐ 26-50% (segue para pergunta 10)
- ☐ 10-25% (segue para pergunta 10)
- ☐ <10% (segue para pergunta 10)
- ☐ Não observei adolescentes

8 - Se respondeu “não observei adolescentes” na pergunta anterior, nomeie a situação com a qual se identifica:

- ☐ Não estou interessado em observar adolescentes (termina o questionário neste ponto)
- ☐ Estou interessado em observar adolescentes

9 - Se respondeu “Estou interessado em observar adolescentes” em que condição necessitaria para o fazer? (indique uma ou várias opções)

- ☐ Ter mais formação
- ☐ Ter mais experiência
- ☐ Ter mais tempo disponível
- ☐ Ter apoio de equipa interdisciplinar

10 - Considera existirem barreiras no seu trabalho com adolescentes? *

- ☐ Não (segue pergunta 12)
- ☐ Sim

11 - Se respondeu “sim” à pergunta anterior, assinale as situações que se apliquem:

- ☐ Não tenho treino necessário
- ☐ Não me sinto à vontade em observar adolescentes
- ☐ A exigência de tempo é excessiva
- ☐ A comunicação com os adolescentes é difícil
- ☐ Não tenho motivação para trabalhar em situações que envolvam alterações do comportamento
- ☐ Impossibilidade, nas condições em que trabalho, em assegurar a confidencialidade
- ☐ Falta de recursos na comunidade para referenciar adolescentes
- ☐ Falta de apoio de outros profissionais de saúde
- ☐ Tenho dificuldade em falar a sós com o adolescente

12 - Sente-se atraído a trabalhar com adolescentes?

- ☐ Não (segue pergunta 15)
- ☐ Sim

13 - Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique o grau de atratividade:

	Baixo	Moderado	Alto
Grau de atratividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 - Qual/quais dos seguintes aspectos o atraem mais (assinalar todas as respostas que se aplicam)

- ☐ Gosto do desafio que o trabalho com adolescentes implica
- ☐ Gosto de conversar com adolescentes
- ☐ Posso intervir na promoção da saúde neste grupo etário
- ☐ Considero interessantes os problemas de saúde mais frequentes dos adolescentes
- ☐ Aprecio os aspetos interdisciplinares do trabalho com adolescentes
- ☐ Gosto da conjugação dos aspetos físicos e psicossociais inerentes à prestação de cuidados de saúde aos adolescentes

15 - Qual o nível de importância que atribui à confidencialidade na prática clínica com adolescentes

	Muita	Alguma	Pouca/nenhuma
Nível de importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Competência, pratica e interesse em adquirir formação

16.1 - Indique o seu nível de COMPETÊNCIA relativamente aos itens da Medicina do adolescente:

Tópicos gerais

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Crescimento físico e pubertário normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolvimento psicossocial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrevista clinica ao adolescente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspetos ético-legais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados antecipatórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção da saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transição para serviços de adultos na doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patologia específica

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Atraso pubertário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ginecomastia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas menstruais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença crónica	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saúde sexual e reprodutiva

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Métodos contraceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções sexualmente transmissíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gravidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação sexual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comportamentos

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Perturbações do comportamento alimentar (anorexia nervosa/ bulimia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumos (tabaco, álcool, drogas ilícitas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delinquência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bullying	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risco de suicídio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamentos auto-lesivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doenças psicossomáticas / somatização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de aprendizagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de relacionamento (pares/família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má adesão à terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.2 - Indique o seu nível de RELEVÂNCIA para a sua prática clínica actual relativamente aos itens da Medicina do adolescente: *

Tópicos gerais

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Crescimento físico e pubertário normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolvimento psicossocial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrevista clínica ao adolescente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspetos ético-legais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados antecipatórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção da saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transição para serviços de adultos na doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patologia específica

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Atraso pubertário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ginecomastia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas menstruais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saúde sexual e reprodutiva

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Métodos contraceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções sexualmente transmissíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gravidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comportamentos

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Perturbações do comportamento alimentar (anorexia nervosa/ bulimia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumos (tabaco, álcool, drogas ilícitas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delinquência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bullying	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risco de suicídio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamentos auto-lesivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doenças psicossomáticas / somatização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de aprendizagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de relacionamento (pares/ família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má adesão à terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.3 - Indique o seu nível de interesse em adquirir mais FORMAÇÃO para a sua prática clínica atual relativamente aos itens da Medicina do adolescente:

Tópicos gerais

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Crescimento físico e pubertário normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolvimento psicossocial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrevista clínica ao adolescente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspetos ético-legais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados antecipatórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção da saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transição para serviços de adultos na doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patologia específica

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Atraso pubertário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ginecomastia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas menstruais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saúde sexual e reprodutiva

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Métodos contraceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções sexualmente transmissíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gravidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comportamentos

	Muito	Alguma	Pouco / Nenhuma
Perturbações do comportamento alimentar (anorexia nervosa/ bulimia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumos (tabaco, álcool, drogas ilícitas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delinquência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bullying	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risco suicídio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamentos auto-lesivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doenças psicossomáticas / somatização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de aprendizagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de relacionamento (pares/ família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má adesão à terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17 – Já teve alguma formação específica na área da adolescência?

- ☐ Formações da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente
- ☐ Mestrado em saúde do adolescente
- ☐ Estágio em Medicina do Adolescente durante o Internato Complementar de Pediatria
- ☐ Outro:

Constrangimentos ao avanço da Medicina do Adolescente

18 – Quais das seguintes considera serem as maiores dificuldades/obstáculos para o avanço da Medicina do Adolescente em Portugal? Ordene as seguintes opções de 1 a 4 (em que 1 corresponde ao valor mínimo e 4 ao máximo). Cada valor numérico só pode ser atribuído uma vez.

Ausência de profissionais com treino especializado

Ausência de ambiente hospitalar adequado

Ausência de equipas multidisciplinares

Ausência de recursos comunitários que possibilitem a referenciação

19 – Como avalia retrospectivamente a formação em Medicina do Adolescente no seu Internato de Pediatria?

- ☐ Não tive formação
- ☐ Tive, mas foi insuficiente
- ☐ A que tive foi suficiente

20 – Considera que há necessidade de formação na área da adolescência no ensino pré-graduado (durante o curso de Medicina)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

21 – Considera que a medicina do adolescente deve ser considerada uma subespecialidade?

- ☐ Sim
- ☐ Não

22 – Os Internos do Internato Complementar de Pediatria do seu Serviço têm formação na área da adolescência durante a sua formação?

- ☐ Não
- ☐ Alguns
- ☐ Todos
- ☐ Não tenho conhecimento
- ☐ No meu Serviço não temos Internos do Internato Complementar

A line graph with a jagged line showing an overall upward trend. The line starts at a low point, rises to a peak, falls to a local minimum, rises to a higher peak, and then falls slightly. The graph is composed of several connected line segments.

CENTRO HOSPITALAR
LUCIA MOITE DE

SANTAMARIA



Prof. Doutor José Perelra Miguel

Vice-Presidente

Prof.^a Doutora Maria Luisa Figueira

Membres

Dra. Ana Luisa Figueiras

Prof. Doutor Anselmo Borges

Dra. Judite de Sousa

Prof^a. Doutora Mafalda Videira

Enf^o. Maria da Graça Roldão

Dr. Mário Miguel Rosa

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Prof. Doutor João Lavinha

Prof^a. Doutora Maria Do Céu Rueff

Prof. Doutor Alexandre Mendonça

Prof. Doutor José Luís Ducla Soares

Dr. Sérgio Rodrigo Martins Jesus das Neves

Rua do Pomarinho, N° 21 - 1º Andar

2675-428 ODIVELAS

Lisboa, 13 de Maio de 2015

Nossa Ref^a. N° 692/14

Assunto: Projecto de Investigação “Avaliação das necessidades de formação em Medicina do Adolescente dos Pediatras Portugueses – dez anos depois”

Relator - Prof^a. Doutora Maria Luisa Figueira

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 11 de Fevereiro de 2015, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML

Prof. Doutor José Pereira Miguel

COMISSÃO DE

ÉTICA DO CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA (CHLN/FMUL/IMM)

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres. 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 2

Anexo IV – Cronograma das várias fases do estudo

Actividades	Dezembro 2014 a Março 2015	Abril 2015 a Julho de 2015	Setembro a Outubro 2015	Novembro a Dezembro 2015	Janeiro 2016
Planeamento/ organização/autorizações					
Colheita de dados					
Análise de dados					
Elaboração trabalho final escrito					
Requerimento de admissão a provas					

Anexo V - Análise descritiva da avaliação das áreas gerais e específicas da Medicina do Adolescente

	Competência baixa		Relevância elevada		Interesse elevado em formação	
	Estudo atual	Fonseca 2000	Estudo atual	Fonseca 2000	Estudo atual	Fonseca 2000
Tópico geral de saúde de Adolescente						
Aspetos ético legais	19,7%	--	56,6%	--	57%	--
Entrevista clínica ao adolescente	10,6%	--	70,7%	--	46%	--
Cuidados antecipatórios	5,5%	--	65%	--	41,3%	--
Desenvolvimento psicosocial	4,7%	--	64,2%	--	42,9%	--
Promoção da saúde	1,8%	--	74,9%	--	47,6%	--
Desenvolvimento físico e pubertário	1,1%	33%	62,8%	--	41,3%	--

(continuação dos resultados na página seguinte)

Patologia específica de saúde de Adolescente	Competência baixa		Relevância elevada		Interesse elevado em formação	
	Estudo atual	Fonseca 2000	Estudo atual	Fonseca 2000	Estudo atual	Fonseca 2000
Delinquência	54,4%	--	38%	--	36,5%	--
Risco suicídio	52,6%	82%	46%	13%	44,5%	31%
Comportamentos auto lesivos	52,6%	--	44,5%	--	42,7%	--
Abuso sexual	43,4%	59%	42,2%	16%	39,8%	27%
Depressão	40,5%	58%	50,2%	30%	50,7%	41%
<i>Bullying</i>	35%	--	44,9%	--	42,7%	--
Perturbações do comportamento alimentar	29,9%	--	49,8%	--	46,7%	--
Gravidez	27,7%		42,6%	--	37,2%	--
Transição para serviço de adultos	25,5%	--	60,5%	--	50,8%	--
Somatização	25,2%	40%	55%	27%	46%	30%
Dificuldades de relacionamento pares/família	23,4%	--	52,1%	--	44,5%	--
PHDA	22,3%	38%	46,8%	34%	36,9%	41%
Problemas menstruais	21,9%	48%	41,4%	16%	41,2%	23%
Consumos de tabaco/álcool/drogas ilícitas	21,9%	23%	52,9%	22%	43,8%	27%
Dificuldades de aprendizagem	19,7%	--	50,6%	--	42%	--
Métodos contraceptivos	19%	30%	50,2%	26%	42,3%	37%
Má adesão à terapêutica	17,9%	23%	55%	30%	46,4%	29%
Acne	15,7%	26%	46%	37%	43,4%	36%
Ginecomastia	13,5%	28%	35,7%	19%	32,1%	20%
Atraso pubertário	13,1%	37%	42,6 %	18%	37,3%	28%
Educação sexual	11,3%	--	51,7%	--	43,8%	--
Infeções sexualmente transmissíveis	10,2%	26%	52,1%	21%	43,8%	29%
Doença crónica	7,7%	--	60%	--	46,4%	--
Obesidade	3,6%	18%	59,3%	29%	47,4%	34%